

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 1102

DES
PHLEGMONS SOUS-OMBILICAUX
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL VELTEN

Né le 23 Octobre 1873, à Versailles.

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

Novembre 1895

DES
PHLEGMONS SOUS-OMBILICAUX
D'ORIGINE APPENDICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 12 Novembre 1895

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

PAUL VELTEN

Né le 23 Octobre 1873, à Versailles.

Élève de l'École du Service de Santé Militaire.



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Novembre 1895

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. Doyen.
LÉPINE. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.		GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		MONOYER.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ
Zoologie et Anatomie comparée.		CAZENEUVE.
Anatomie.		FLORENCE
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie.		TESTUT.
Pathologie interne.		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		TEISSIER.
Anatomie pathologique.		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER
Médecine légale.		POLLOSSON (MAURICE)
Hygiène.		ARLOING.
Thérapeutique.		LACASSAGNE.
Pharmacie.		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. WEILL,	agrégé.
Accouchements.	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.	BEAUVISAGE.	—

AGRÉGÉS

MM. BEAUVISAGE.	MM. GANGOLPHE.	MM. ROUX.	MM. SIRAUD.
CONDAMIN	POLLOSSON (Aug.)	COLLET.	DURAND.
COURMONT.	ROCHET.	BOYER.	DOYON.
DEVIC.	ROLLET.	CURTILLET.	BARRAL.
DIDELOT.	ROQUE.	VALLAS.	MOREAU.

M. ETIÉVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (A.), Assesseur; MM. CURTILLET et VALLAS Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE PROMOTION

A mon Président de Thèse
M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAITRES
à la Faculté et dans les Hôpitaux.

A MES CHEFS
de l'École du Service de Santé Militaire

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons à cœur de remercier ici tous les maîtres dont nous avons suivi les excellentes leçons et tous ceux qui, soit à la Faculté de Médecine, soit à l'École du Service de santé militaire, nous ont porté de l'intérêt ou témoigné quelque sympathie.

Nous remercions particulièrement M. le professeur Poncet qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et nous donner ses conseils pour la mener à bonne fin.

M. le professeur agrégé Curtillet nous a proposé le sujet de ce travail et s'est mis à notre disposition pour les indications qui nous étaient nécessaires ; nous ne saurions dire combien nous lui en sommes reconnaissant.

Voici le plan que nous avons suivi :

Chapitre premier. — Définition des phlegmons sous-ombilicaux et historique de la question.

Chap. II. — Siège et dispositions de l'appendice. Sièges
divers du phlegmon appendiculaire et en particulier
du phlegmon sus-pubien

Chap. III. — Symptomatologie.

Chap. IV. — Diagnostic. Pronostic.

Chap. V. — Traitement.

Chap. VI. — Observations.

DES

PHLEGMONS SOUS-OMBILICAUX

D'ORIGINE APPENDICULAIRE

CHAPITRE PREMIER

Définition. — Historique.

Nous voulons étudier dans ces quelques pages une modalité particulière des abcès consécutifs aux inflammations du cæcum et de son appendice, les cas où l'abcès, au lieu de se collecter dans la fosse iliaque droite, vient faire saillie à la paroi abdominale antérieure et former une collection médiane, au-dessous de l'ombilic, dans la région hypogastrique.

Nous comprenons dans le terme de sous-ombilicaux tous les abcès de la paroi abdominale antérieure, situés au-dessous d'une ligne passant par l'ombilic, réunissant ainsi les abcès prévésicaux, hypogastriques aux abcès de la loge sous-ombilicale qui n'en sont qu'une variété, les abcès sous-péritonéaux aux péritonites enkystées de la région.

Dans son mémoire sur les phlegmons de la paroi antéro-

latérale de l'abdomen, Bernutz est frappé de la fréquence des troubles digestifs qui les précèdent : « Dans nos observations, nous voyons l'inflammation du tissu cellulaire qui double le péritoine de la partie antérieure du ventre assez fréquemment précédée d'affections intestinales pour que nous soyons frappé de l'analogie qui existe entre ces phlegmons et ceux de la fosse iliaque qu'on a rattachés à des affections du cæcum. Cependant nous ne trouvons pas dans la région ombilicale les conditions anatomiques qui ont été invoquées pour le développement de ces derniers. Aussi devons-nous nous demander s'il faut nier tout rapport de causalité entre les affections intestinales et le développement des phlegmons ou admettre entre eux une corrélation dont la cause reste inconnue. Cette dernière opinion nous paraît la plus admissible parce qu'il semble y avoir plus qu'une simple coïncidence dans la fréquente succession d'états morbides siégeant dans les organes appartenant au même système. »

Féreol (1859), Vaussy (1875), signalent dans leurs thèses ces troubles digestifs. Arnould, le premier (*Gazette médicale de Paris*, 1877), publie une observation de phlegmon prévésical consécutif à une typhlite. Guyon admet le point de départ intestinal de beaucoup des phlegmons idiopathiques de la cavité de Retzius. Castaneda y Campos, Gérardin, Bouilly, Pauzat se rangent à cette opinion, mais Gérardin veut limiter cette action à la contusion du tissu cellulaire prépéritonéal produite par la contraction brusque et désordonnée des muscles abdominaux dans les atteintes de coliques violentes.

Aujourd'hui que l'anatomie de l'appendice, l'histoire de l'appendicite sont mieux connues, ces collections sont

rapportées à leur véritable origine et la cause doit en être recherchée dans une disposition anatomique particulière de l'appendice.

Nous rechercherons aussi si beaucoup de ces péritonites idiopathiques aiguës des jeunes enfants, s'ouvrant spontanément à l'ombilic, décrites par Féréol, 1859, Gauderon, 1876, ne peuvent pas être rattachées aux abcès sous-ombilicaux d'origine appendiculaire.

CHAPITRE II

Siège et dispositions de l'appendice.

Le cæcum est situé dans la fosse iliaque droite qu'il remplit presque entièrement; entouré complètement par le péritoine, il y flottelibrement et la main peut en faire le tour, comme elle fait le tour de la pointe du cœur dans le péricarde (Tuffier). Cette disposition longtemps méconnue a été démontrée la plus fréquente. Rarement le péritoine forme, en arrière du cæcum, un méso-cæcum qui le rattache à la fosse iliaque. Plus rarement encore le péritoine n'en recouvre que la face antérieure et la face postérieure de l'organe est en contact direct avec le tissu cellulaire de la fosse iliaque. D'après Testut, en tenant compte des diverses statistiques, on peut établir en principe que, chez l'adulte, le cæcum est plus ou moins adhérent une fois sur dix sujets, libre et flottant sur les neuf autres.

L'appendice vermiculaire naît sur la face interne ou postéro-interne du cæcum, à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur de cette face. Son origine rap-

portée à la paroi abdominale correspond, d'après Clado, à l'intersection d'une perpendiculaire partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, ou un peu au-dessous avec une verticale tracée sur le bord externe du muscle droit du côté droit; c'est aussi au milieu de la ligne spinoso-ombilicale, point de Mac Burney.

Il est flexueux et sa longueur est très variable.

D'après Fergusson, sur 200 cas, il est situé 19 fois sur la face externe, sur le côté droit du cæcum, 11 fois il se dirigeait directement en bas, 18 fois en dedans, 75 fois il était en rapport avec la paroi postérieure du cæcum, enfin, 77 fois il était de telle façon que sa perforation se serait nécessairement faite dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et aurait eu pour conséquence un abcès de la région iliaque.

Pour Lafforgue, sa direction générale est descendante 41,5 pour 100, et parfois cet organe atteint le bassin, disposition pour Clado la plus fréquente, et là il se met en rapport avec les organes de cette cavité, le rectum, l'utérus, l'ovaire, la vessie; il se porte du côté de l'abdomen (19,5 pour 100), vers les anses de l'intestin grêle; dans certains cas il est ascendant 13 pour 100, s'applique à la face postérieure du cæcum et du côlon et peut remonter ainsi jusqu'au rein et même jusqu'au foie et à la vésicule biliaire; dans d'autres cas, enfin, il va en dehors 9,5 pour 100 et se couche sur la portion du *fascia iliaca* qui recouvre le muscle iliaque.

« La situation de l'appendice dépend toujours de celle du cæcum. Chez le fœtus il est enroulé autour de la face postéro-inférieure de cet organe, et non loin de lui, il pend dans la fosse iliaque. Le cæcum, en effet, occupe cette

fosse dans laquelle il peut encore se trouver chez l'adulte. Parfois il s'abaisse un peu à sa partie inférieure et vient se mettre en rapport avec le détroit supérieur. Par son extrémité adhérente au cæcum, l'appendice suit ces variations, et l'on comprend qu'il occupe diverses situations.

« Nous décrivons trois types principaux :

« 1° *Situation iliaque externe.* — L'appendice occupe la fosse iliaque droite en dehors du bord externe du psoas et repose sur le *fascia iliaca* ou le bord externe du cæcum 49 pour 100;

« 2° *Situation iliaque médiane.* — L'appendice situé plus en dedans repose sur le psoas lui-même et peut même venir en contact avec la colonne vertébrale, 20 pour 100;

« 3° *Situation pelvienne.* — L'appendice situé dans la cavité du petit bassin, émerge au niveau du détroit supérieur et plonge dans cette cavité le long du bord externe du sacrum et parfois même à la région médiane 20,5 pour 100.

« Entre ces trois types se trouvent tous les intermédiaires.

« Dans deux faits l'appendice fut trouvé libre dans la cavité abdominale : le cæcum et l'appendice furent trouvés à l'ouverture de l'abdomen en avant au niveau de l'ombilic, et parmi les anses grêles. Dans l'un des cas, l'appendice plongeait à gauche et se trouvait en contact avec l'artère iliaque gauche; on peut même le trouver dans la fosse iliaque gauche. »

L'appendice est en général enveloppé complètement par le péritoine. Ce n'est que dans 2 pour 100 des cas qu'il manque à sa portion postéro-supérieure (Lafforgue).

Ses rapports avec le cæcum sont variables; tantôt il s'enroule autour de l'extrémité inférieure, tantôt il s'applique contre l'une des faces de cet organe, antérieure ou postérieure, ou est partiellement en contact avec elles.

Voilà pour Talamon les quatre variétés principales d'abcès appendiculaires :

Lorsque l'appendice se dirige directement en bas, libre ou accolé à la paroi postérieure de la fosse iliaque, sa perforation donnera lieu à un abcès iliaque, et le pus s'accumule au-dessus de l'arcade de Fallope. Il peut être intra-péritonéal, intra-et extra-péritonéal, ou seulement extra-péritonéal si l'appendice n'est pas totalement recouvert ou s'il s'est perforé entre les deux feuillets du mésentère qui l'applique contre la fosse iliaque.

Lorsque l'appendice est engagé dans le petit bassin, l'abcès se forme dans la partie interne de la fosse iliaque et le pus tend à s'accumuler dans le petit bassin entre le rectum et la vessie, ou entre le vagin et le rectum.

Lorsqu'il se dirige en avant et en dedans, le pus se collecte au voisinage de l'ombilic, au-dessus et en dedans de la fosse iliaque et l'ouverture de l'abcès peut se faire par l'ombilic même.

Lorsqu'il remonte en dehors et en arrière du cæcum, le pus se collecte autour du cæcum et fait tumeur dans l'espace costo-iliaque ou la région lombaire. L'isolement de l'abcès de la grande cavité péritonéale se fait très facilement, et comme à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale, il ne tend pas à la perforer, il fuse, soit vers la fosse iliaque, soit vers la face inférieure du foie et détermine une pleurésie droite purulente. Il peut s'ouvrir dans le cæcum ou le côlon.

Gerster donne la classification suivante des abcès :

- 1° Type ilio-inguinal, le plus fréquent ;
- 2° Type antérieur où le pus se forme très haut vers l'ombilic ;
- 3° Type postérieur qui bombe au-dessus de la crête iliaque ;
- 4° Type rectal ;

5° Type méso-coeliaque où le pus se serait amassé au milieu même des anses intestinales sans connexions avec la paroi abdominale antérieure ou postérieure.

Comme localisations tout à fait anormales, on a vu l'appendice s'enflammer et se perforer dans un sac herniaire ; on a aussi vu l'appendicite scrotale.

L'abcès sous-ombilical peut être intra- ou extra-péritonéal ; pour les abcès appendiculaires de toutes sortes, Maurin donne la proportion suivante : 94 cas, 80 péritonites, 5 abcès extra-péritonéaux, 9 péritonites et abcès. L'abcès intra-péritonéal peut siéger uniquement à la région hypogastrique. La péritonite partielle fibrino-plastique qui survient dès qu'il y a appendicite et dont l'effet est de limiter par la formation d'adhérences, l'épanchement de matières irritantes dans la cavité abdominale, fixe la pointe de l'appendice dès le début des accidents dans une position et dans des régions absolument anormales. Normalement la direction et la position du diverticule sont déjà très variables tout autour du cæcum ; quand il est libre dans l'abdomen la poussée inflammatoire initiale peut le fixer et le faire adhérer en des points où on ne songerait guère à le rencontrer, au rectum, au vagin, à la vessie, contre la paroi antérieure du ventre, au voisinage de l'ombilic (Talamon). Tel le cas de

Schwartz (obs. VII) : « Incision sous-ombilicale médiane, je traverse couche par couche un tissu cicatriciel qui comble la ligne blanche, arrive dans le péritoine auquel adhèrent un certain nombre de franges épiploïques qu'il me faut décoller pour arriver dans la cavité abdominale. En portant mon doigt en dehors et en bas le long de la paroi, je sens un cordon arrondi, qui, partant de la fosse iliaque, vient se jeter dans la paroi, s'y insinue pour ainsi dire; je l'attire en dehors par sa partie supérieure et constate que c'est l'appendice qui amène avec lui le cæcum. Son extrémité libre est encastrée avec une grande solidité dans la paroi. » Dans ce cas l'abcès est très probablement à la fois extra- et intra-péritonéal.

D'autres fois l'appendice est à sa place, il y a à la fois collection hypogastrique et collection ilio-inguinale qui communiquent par un trajet plus ou moins étroit. « Au-dessous de l'ombilic on constate d'abord à droite le cæcum gros comme le poing, non modifié au premier abord, à gauche les anses d'intestin grêle agglutinées par des fausses membranes. Au-dessus du pubis, on reconnaît une collection purulente qui s'élève en haut à deux travers de doigt du bord de l'os et qui en bas s'étend en arrière de celui-ci; l'S iliaque répond à sa face postérieure, le péritoine épaissi ainsi que la paroi abdominale forment sa face antérieure... Elle n'est pas enkystée complètement et présente entre les anses intestinales plusieurs diverticules. Le plus intéressant fait communiquer la cavité avec le foyer de pérityphlite, celui-ci est situé en dehors du cæcum. A la partie moyenne de cette cavité; l'appendice perforé au niveau d'un entérolithe (obs XII. Netter). »

L'abcès est extra-péritonéal.

D'après Charpy (*Revue de Chirurgie*, 1888), l'espace compris entre les muscles droits et le péritoine est divisé par le feuillet prévésical en deux espaces, l'antérieur ou cavité prévésicale, pré-ouracale et le postérieur ou sous-péritonéal.

La cavité prévésicale est un espace triangulaire qui va de l'ombilic au plancher du bassin et se prolonge en cul-de-sac le long de la prostate et du rectum jusqu'à l'épine sciatique. Elle renferme du tissu conjonctif lâche et ne communique directement en aucun point avec le tissu sous-péritonéal.

L'espace sous-péritonéal est compris entre le péritoine et le feuillet prévésical : il n'y a pas continuité absolue entre son tissu cellulaire et celui qui double ailleurs la séreuse. Car le fascia prévésical adhérant par ses bords au péritoine et à l'aponévrose ferme partiellement cet espace. En dehors le péritoine adhère presque directement à l'aponévrose musculaire. Dans le petit bassin l'espace sous-péritonéal se continue presque librement avec le tissu cellulaire du plancher, celui des ligaments larges, des fosses iliaques. Au centre est la vessie, entourée d'une atmosphère celluleuse plus mince en arrière.

On injecte facilement, d'après Delbet, la cavité prévésicale. Quand on injecte par en haut l'injection s'arrête quelquefois au niveau du bord supérieur du pubis. Dans 1 cas sur 4 l'injection file jusqu'aux parties latérales, arrive en soulevant le péritoine jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et passe dans la fosse iliaque le long du psoas. Ce résultat est important : on voit quelquefois les phlegmons du ligament large suivre la même voie, mais en sens inverse. La même propagation peut

s'admettre pour les inflammations pérityphlitiques, et se faire de proche en proche, ou en suivant les gaines des vaisseaux (artère iliaque externe et épigastrique, artère hypogastrique et ombilicale).

D'après Charpy, l'abcès pérityphlitique peut siéger soit dans la cavité prévésicale, soit dans la cavité sous-péritonéale ou périvésicale.

L'abcès prévésical est hémisphérique, médian; en bas il est profond, rétro-pariétal, il peut se prolonger le long de la paroi pelvienne jusque sur les côtés du rectum, mais non point derrière la vessie, ni dans la fosse ischio-rectale.

L'abcès sous-péritonéal ou périvésical a une forme globuleuse, car la vessie est entourée par la masse inflammatoire. Quelquefois il s'en détache un plastron, une queue allant à l'ombilic le long de l'ouraque. Il est plongeant, mais non plaqué contre la symphyse; on le sent par le toucher en haut de la prostate ou dans le cul-de-sac antérieur du vagin.

La suppuration ne respecte pas toujours les aponévroses et l'abcès peut occuper à la fois la gaine du muscle droit, l'espace prévésical, l'espace périvésical, et une partie séparée de la cavité péritonéale.

L'abcès peut siéger dans l'espace sous-ombilical tel que le décrit Heurtaux, ainsi formé : en avant, gaine postérieure du muscle droit, en arrière, au milieu fascia prévésical, sur les côtés péritoine; latéralement, adhérence du péritoine à la gaine des droits; en haut, cicatrice ombilicale; en bas pas de limite.

Tel le cas de Fischer (*Sammlung klin. Vorträge*).

« Une femme entrée à la clinique de Breslau pour une fistule stercorale sous l'ombilic, à droite de la ligne mé-

diane, ayant succédé à un abcès à la même place. L'incision couche par couche de la paroi abdominale conduisit dans une cavité purulente correspondant, d'après sa situation, sa forme et ses dimensions, à l'espace sous-ombilical. Dans l'angle inféro-externe se trouvait l'appendice ulcéré. »

Nous n'insisterons pas sur les lésions de l'appendice qui varient depuis l'inflammation simple jusqu'aux lésions suppuratives et gangréneuses qui déterminent les perforations : celles-ci d'ailleurs peuvent être très difficilement visibles et cela explique comment des péritonites ont pu passer pour idiopathiques, surtout en un temps où l'appendice était un organe dont on négligeait de voir les lésions à l'autopsie. Les perforations ne sont d'ailleurs pas nécessaires pour expliquer la transformation purulente d'un exsudat.

Le volume de l'abcès est très variable ; le pus est abondant, rarement bien lié ; « c'est un fluide louche ou verdâtre, rempli de grumeaux ou de débris de fausses membranes, une sérosité purulente plutôt que du vrai pus. L'odeur est fétide, tantôt fécale, tantôt comme gangréneuse, plus ou moins forte » ; on y trouve aussi des gaz, de petites scybales, des fausses membranes gangrénées.

CHAPITRE III

Symptômes.

C'est en général au cours d'une bonne santé ordinaire, ou à la suite de troubles digestifs vagues, de douleurs hypogastriques avec fièvre, anorexie, diarrhée ou constipation que débudent les accidents de l'appendicite. Ce sont des symptômes aigus de perforation, une douleur vive dans la fosse iliaque, quelquefois aux environs de l'ombilic, avec des accès de coliques, des nausées, des vomissements bilieux. La douleur se généralise à tout l'abdomen. Elle ressemble bien à celle que Bernutz décrit dans les phlegmons de la paroi : « Il apparaît dans un point de la paroi antérieure du ventre une douleur vive qui en peu d'instant fait des progrès rapides, non seulement en intensité, mais en étendue, de telle sorte qu'elle envahit l'abdomen tout entier. Mais alors même qu'elle s'est ainsi généralisée, la douleur reste plus poignante dans la région où elle a pris naissance et de laquelle partent des irradiations, sortes d'élancements qui traversent tout le ventre,

Cette douleur insupportable, une des plus cruelles qu'on puisse observer et qui jette les malades dans un état d'anxiété toute particulière, s'exaspère par les moindres mouvements, soit de l'abdomen, soit des membres inférieurs et à la plus légère pression qui peut réveiller des contractions des muscles abdominaux. Elle rend pour ainsi dire impossible à cette période une exploration directe du ventre qui cependant semble nécessaire à cause de la constipation opiniâtre, des coliques violentes, des vomissements bilieux, mais peu abondants en général auxquels les malades sont en proie et qui font hésiter pour le diagnostic. »

Le ventre d'abord rétracté se ballonne, la constipation est complète, le facies est grippé. Après deux ou trois jours se manifestent les symptômes locaux. On constate un empâtement plus ou moins étendu de la région hypogastrique, la paroi est résistante, comme blindée. Si le tympanisme le permet on perçoit un plastron s'étendant au delà de la ligne médiane et occupant surtout la région sous-ombilicale ; souvent il a la forme d'une poire dont la grosse extrémité déborde la ligne médiane pendant que la petite se perd dans la fosse iliaque droite. Elle est due à la formation d'adhérences, d'exsudats péritonéaux autour du cæcum et de l'appendice, à l'empâtement du tissu cellulaire. Elle est mate à la percussion.

A ce stade où il n'y a pas encore du pus, on peut observer la résolution de cet exsudat fibrineux.

En général il y a suppuration et elle est indiquée par une sensation de résistance particulière que donne le cæcum vide et que Roux compare à celle que fournit un carton très mou et trempé dans l'eau chaude, et qu'on

peut percevoir quarante-huit heures après le début des accidents. Les symptômes généraux s'atténuent; les signes locaux se manifestent : l'empâtement augmente, on voit une voussure dans la région hypogastrique affectant plus ou moins la forme de vessie distendue. La fluctuation ne s'observe que si la collection est volumineuse. Il y a de la matité à moins qu'il n'y ait des gaz dans la poche. On constate de l'œdème, une circulation superficielle plus développée et au milieu d'un redoublement de la fièvre, des douleurs, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, la collection se fraye un passage au dehors : le soulagement se manifeste aussitôt. Il s'écoule une quantité souvent surprenante d'un pus ordinairement mal lié, d'une odeur souvent stercorale, contenant des gaz, quelquefois des matières fécales, des corps étrangers, des fausses membranes fibrineuses. Au bout de quelques jours on observe souvent la sortie par la plaie de matières fécales, du troisième au huitième jour, puis le pus diminue, la fistule se ferme après un temps variable, un mois en général, mais quelquefois fort long. L'ouverture se fait souvent à l'ombilic, d'autres fois entre l'ombilic et le pubis ; plus rarement dans le péritoine, la vessie, le vagin, le rectum, l'intestin.

Signalons quelques symptômes particuliers aux péritonites enkystées et aux phlegmons.

Dans les premières, on observe souvent la distension de la cicatrice ombilicale comme dans les cas d'ascite. Avec une douleur aussi vive que dans les phlegmons, « les symptômes généraux seraient beaucoup plus graves ». Il nous a semblé au contraire d'après les observations I et II que les symptômes généraux étaient relativement bénins.

Dans les phlegmons, on n'observerait pas de ballonnement, mais une rétraction des parois du ventre. La tumeur médiane, hémisphérique empiète du côté de la fosse iliaque droite ; la peau et le tissu sous-cutané sont sains, les muscles et les aponévroses semblent faire corps avec la tumeur. La fluctuation est tardive. Le toucher rectal indique une masse dure au-dessus de la prostate, le toucher vaginal dans le cul-de-sac antérieur. Avec un doigt rectal ou vaginal et une main abdominale on peut se communiquer l'ébranlement de la masse.

Le cathétérisme ne modifie pas la tumeur. La miction est fréquente, gênée, douloureuse ; il y a de fausses envies ; il persiste quelquefois des troubles vésicaux dus à l'adhérence de la vessie à la paroi abdominale antérieure. (Arnould.)

CHAPITRE IV

Diagnostic et Pronostic

Lorsqu'après des symptômes nets d'appendicite, douleur vive dans la fosse iliaque droite entre l'ombilic et l'épine iliaque antérieure et supérieure, spontanée et provoquée par la pression, nausées, vomissements bilieux, constipation, ballonnement du ventre, apparaît une tuméfaction à la paroi abdominale antérieure, quel que soit son siège, le diagnostic de la cause se fait facilement. On pourrait penser à une inflammation des annexes du côté droit, mais l'examen méthodique par le toucher vaginal permettra le plus souvent le diagnostic.

La tuméfaction est-elle formée par du pus ou est-elle encore à l'état fibrineux? Si l'abcès est volumineux et les parois peu épaisses, on a des symptômes généraux, fièvre, frissons, et locaux, fluctuation, rénitence, œdème, circulation superficielle, souvent de la matité. Mais l'abcès est souvent peu volumineux, et Roux indique que s'il ne produit pas une rémission dans les symptômes, il y a

du pus après quarante-huit heures, on constate alors l'infiltration du cæcum vide de matières stercorales et il n'y a pas de doute. Peut-on recourir à la ponction exploratrice. Non, pour tous les auteurs, elle est infidèle et toujours dangereuse. Où siège la collection purulente ? Dans le péritoine ou dans le tissu cellulaire. « Ce qui sert surtout à distinguer les phlegmons de la péritonite abdominale qui peuvent tous deux être précédés de troubles antécédents des fonctions digestives, c'est que les péritonites partielles de la région ombilicale, du moins celles qui donnent lieu à une douleur comparable pour l'intensité à celle des phlegmons, sont en général assez étendues et ont un cortège symptomatique qui se rapproche beaucoup de la péritonite généralisée. Il résulte de là en effet que dans les inflammations même limitées du péritoine de la région ombilicale, dans lesquelles la douleur est aussi vive et a le même siège initial que dans les phlegmons, on trouve des symptômes généraux beaucoup plus graves que ceux auxquels donnent lieu les inflammations phlegmoneuses du *fascia propria* qui de plus impriment au pouls et à la réaction fébrile d'autres caractères. La douleur également n'offre pas dans l'une et dans l'autre de ces affections les mêmes nuances et ne s'accompagne d'un semblable état des parois du ventre. Elles offrent une rétraction toute particulière dans les phlegmons ; dans ceux-ci en effet l'amendement se produit beaucoup plus vite et beaucoup plus complètement que dans l'inflammation de la séreuse et permet alors d'apprécier l'engorgement du tissu cellulaire préabdominal qui diffère de la tumeur superficielle, sonore à une percussion profonde à laquelle donnent lieu les péritonites,

en ce que celle-ci n'occupe pas l'épaisseur des parois elles-mêmes, ne fait pas corps avec elle, de sorte que les parois glissent au-devant de la résistance morbide. Il est nécessaire d'observer minutieusement tous les caractères de la tumeur. » (Bernutz).

Dans nos observations d'abcès intra-péritonéaux, les symptômes généraux étaient peu développés, de sorte que nous pensons qu'il ne faut pas faire le diagnostic d'après leur intensité ou leur bénignité.

Un bon symptôme de péritonite c'est le refoulement en avant de la cicatrice ombilicale comme dans les cas d'ascite ; c'est aussi l'envahissement du cul-de-sac postérieur du vagin.

On dit que la péritonite s'ouvre de préférence à l'ombilic, mais les dispositions anatomiques conduisent aussi le pus des abcès périvésicaux au niveau de l'ombilic. On a dit qu'on devrait voir les intestins, observer dans la suite, des hernies ombilicales ; mais les adhérences qui se produisent expliquent qu'on n'observe pas ces symptômes.

Les troubles du côté de la vessie, la sensation d'une masse dure au-dessus de la prostate ou sur les côtés du rectum sont en faveur des phlegmons.

Dans quel point de la paroi siège le phlegmon ?

Si c'est un phlegmon de la cavité de Retzius, les téguments sont sains, les muscles et les aponévroses font corps avec la tumeur, la forme est celle de la vessie distendue, de sorte qu'il faut avec le cathétérisme faire le diagnostic de la vessie saine ou malade.

La fluctuation est profonde ou peut ne pas exister. Les fosses iliaques sont libres. Le toucher rectal perçoit au-

dessus de la prostate une masse dure, saillante plutôt d'un côté, le toucher vaginal sent entre le col et le pubis une tumeur arrondie, mollassse, correspondant à la saillie hypogastrique. La miction est gênée, douloureuse, fréquente.

Le phlegmôn est-il pré- ou péri-vésical ?

Le premier plongerait plus derrière le pubis, se prolongerait sur les côtés du rectum, s'ouvrirait à la ligne blanche.

Le deuxième ne serait pas plaqué derrière la symphyse, se sentirait derrière la vessie au-dessus de la prostate, s'ouvrirait à l'ombilic.

Si l'on a affaire à un phlegmon de Heurtaux, la tuméfaction médiane, symétrique, demi-elliptique à base au niveau de l'ombilic, à sommet arrondi s'avancant dans l'hypogastre sans arriver au pubis, est caractéristique.

Si l'on n'a pas assisté aux phénomènes généraux du début qui, seuls permettent de diagnostiquer l'origine appendiculaire, il faut rechercher s'il n'y a pas eu quelque cause de phlegmon : blennorragie, puerpéralité, infection purulente, élimination de corps étrangers, de vers intestinaux, ulcération intestinale, élimination de calculs biliaires ou rénaux avec infection préalable de ces voies, ostéites de la région pubienne ou iliaque, arthrites de la symphyse ; lésions vésicales chroniques accompagnant l'hypertrophie prostatique ou le rétrécissement de l'urètre, ulcérations spontanées par calculs, corps étrangers, propagation d'abcès de la prostate, des vésicules séminales, du canal déférent ; propagation d'inflammations péri-utérines (*Traité de chirurgie*). Signalons aussi les

phlegmons symptomatiques des néoplasmes du tube digestif.

Souvent on ne trouvera pour expliquer ces phlegmons que des troubles gastro-intestinaux, des alternatives de diarrhée et de constipation.

Tous ceux qui ont fait le tableau clinique de l'affection ont noté comme période de début ces troubles digestifs, mais n'ont pas cherché le lien qui les unissait.

Le complexe symptomatique : troubles gastro-intestinaux, violente douleur dans la fosse iliaque à intervalles variables, accompagnée de constipation et de débâcles, le tout terminé par un phlegmon prévésical et en l'absence de tout antécédent urinaire ne peut vraiment être interprété dans un autre sens que celui de l'appendicite (Tuffier).

Le pronostic découle du traitement : Si ces abcès sont convenablement traités, ils guérissent bien. Dans quelques cas, on peut observer la résolution de la tumeur ; le plus souvent elle tend à s'ouvrir à la paroi abdominale. S'il n'y a aucune communication avec l'intestin le trajet fistuleux guérit plus vite ; le plus souvent la présence de matières fécales retarde la guérison qui se produit en moyenne au bout d'un mois. Quelquefois il persiste une fistule.

Il ne faut pas perdre de vue l'ouverture possible dans le péritoine qui entraîne une péritonite rapidement mortelle ni l'ouverture rare d'ailleurs dans la vessie qui détermine l'infiltration d'urine.

NATURE DE LA PÉRITONITE IDIOPATHIQUE AIGUE
DES JEUNES ENFANTS

Second Féréol (th. de Paris, 1859) signale la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites aiguës développées surtout chez des enfants du sexe féminin et il place la raison d'une telle terminaison dans la nature même du processus : ce serait une péritonite perforante. Gauderon (th. de Paris, 1876) étudie la péritonite idiopathique, indépendante de toute perforation, de tout épanchement de liquide dans la cavité péritonéale ; elle peut se terminer par suppuration, et le pus est évacué à travers les parois abdominales, surtout à travers la cicatrice ombilicale préalablement distendue en forme de hernie. Elle atteint des enfants de cinq à douze ans, du sexe féminin surtout. L'affection débute par une douleur abdominale très vive limitée dans un flanc, dans l'hypogastre ou autour de l'ombilic, puis généralisée à tout l'abdomen. Elle se calme pour se ranimer au moment de l'ouverture de la collection. Il y a des vomissements bilieux, des nausées, de la constipation. Le ventre augmente de volume, il y a du météorisme. Le facies est grippé, la fièvre assez forte, les troubles cérébraux fréquents. On observe souvent de la dysurie, de la cuisson dans la miction. La pleurésie droite compliquerait fréquemment le tableau.

De la lecture des dix observations, une particularité est évidente ; c'est la plus grande fréquence de la douleur à droite, dans le flanc droit, entre le flanc et l'ombilic : deux fois la douleur est à gauche. Cette douleur à droite avec ces symptômes de perforation permet de diagnosti-

quer l'appendicite : la douleur à gauche, deux fois notée, n'est pas en opposition avec cette idée. Cependant il y a eu quelques autopsies sur ces dix cas, et jamais on ne note de perforation de l'appendice. Il est vrai qu'à l'époque l'appendice était un organe dont on négligeait de voir les lésions à l'autopsie ; le cæcum avait absorbé toute la pathologie de la fosse iliaque droite. Une fois cependant on note après insufflation que l'appendice n'est pas perforé, mais la région est vivement injectée. Est-il nécessaire pour qu'il y ait péritonite péri-appendiculaire, pour qu'elle subisse la transformation purulente, que l'appendice soit perforé ? Ne pourrait-on pas voir dans l'absence même de perforation la raison d'être du peu de virulence du liquide purulent, de la bénignité relative des symptômes et de l'affection.

A côté de la péritonite généralisée il y a la péritonite circonscrite, qui lui succède ou qui existe d'emblée, « pour qu'elle reste circonscrite, il faut qu'elle ait une marche lente, un début très bénin et qu'il ne se développe pas une douleur abdominale très vive, une fièvre virulente. » La douleur est ici aussi le plus souvent à droite ou au-dessus du nombril, la pression l'augmenterait, puis la région devient ferme et dure comme une planche, puis il se forme une tumeur sensible et circonscrite. Celle-ci peut se résoudre lentement, ou se terminer par suppuration à travers les parois abdominales. Des 3 observations citées, 2 sont manifestement dues à des appendicites (v. obs. XXIV et XXV). La guérison, assez fréquente, s'observe dans la moitié des cas, l'ouverture à l'ombilic dans le tiers ; il s'écoule beaucoup de pus, d'odeur stercorale, la fistule se ferme en général au bout d'un mois.

CHAPITRE V

Traitement

Selon le conseil de M. le professeur Poncet, « du moment où il y a un foyer infectieux quel que soit le siège et la profondeur, alors que par son évolution naturelle il peut être la cause de complications graves, mortelles, le devoir du chirurgien est tout tracé, il doit agir. »

On ne s'arrêtera pas longtemps au traitement médical qui consiste en glace sur la région, ou compresses très chaudes, sangsues, opium.

On évitera les vésicatoires et l'onguent mercuriel.

On repoussera la ponction comme dangereuse et inefficace et l'on s'adressera à l'incision.

L'incision de choix est l'incision médiane sous-ombilicale de 8 à 10 centimètres, au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur. Dès que l'abcès est vidé, les parois sont attentivement explorées mais prudemment, on assure qu'il n'y a pas de diverticules ou d'autres collections. Puis on lave avec soin et doucement, dans la crainte de rompre les

adhérences, au moyen d'un courant faible d'une solution antiseptique chaude. On introduit alors un tube à drainage de gros calibre ou on draine avec des bandes de gaze iodoformée. On a conseillé de suturer l'incision, dans la crainte d'une éventration, mais il est préférable de permettre au drainage de se faire de la manière la plus satisfaisante possible.

Doit-on réséquer l'appendice? Si on le trouve il vaut mieux le réséquer, car il est une des causes des trajets fistuleux qui persistent parfois; cette résection n'augmente jamais la mortalité (Quénu). Si l'on craint par sa recherche de déterminer des accidents, il vaut mieux le laisser c'est pour Tuffier, une quantité négligeable.

Pour éviter l'éventration possible, il convient, selon le conseil de Roux, de faire porter au malade pendant quelque temps une sangle de Glénard.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Clinique de M. le professeur Poncet.

Théodore N... Etudiant, vingt-quatre ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 23 juin 1894 dans le service de M. le professeur Poncet. N'est sujet ni à la diarrhée, ni à la constipation. Les jours précédents aucun trouble digestif, quand le 19 juin, à 8 heures du soir, en soulevant un fardeau et se rejetant en arrière, il fit un violent effort musculaire. Il ressentit alors une douleur assez vive dans la fosse iliaque droite, mais il n'y fit pas attention. Ce n'est que la nuit vers 2 heures du matin qu'il ressentit de violentes coliques abdominales s'irradiant dans tout l'abdomen. Le matin il se rendit aux cours, mais il marchait avec peine et les coliques persistant, il prit du laudanum et de la magnésie. Les coliques persistent encore. Un médecin appelé le 21 lui ordonne un lavement qui amena une selle. Depuis pas de constipation, ni de vomissements. Tout se réduit à des coliques avec douleur très vive et très nette dans la fosse iliaque droite.

Le malade entre à l'hôpital le quatrième jour de ces accidents ;

le ventre est douloureux, un peu ballonné. La douleur est surtout vive dans la région du cæcum au dessus de l'arcade crurale où l'on sent un début de plastron difficile à percevoir, en raison de la contraction des muscles abdominaux, facies un peu grippé. Pas de vomissements, ni de constipation. Les jours suivants, malgré la glace qui calme un peu les douleurs, les symptômes locaux s'accroissent. Température autour de 39 degrés.

29 juin. — Large plastron s'étendant au delà de la ligne médiane et occupant surtout la région sous-ombilicale. M. Curtillet intervient par une incision sur la ligne médiane. On arrive, au-dessous des muscles, sur une collection purulente très abondante et très fétide. La poche s'étend à gauche, jusqu'à trois ou quatre travers de doigt de la ligne médiane, mais à droite elle se prolonge dans la fosse iliaque en se cloisonnant plus ou moins. On trouve à ce niveau une scybale polyédrique de la grosseur d'une noisette, libre dans la cavité. Les limites de la poche sont explorées très prudemment. On ne sent nulle part l'appendice.

Gros drain allant jusque dans la fosse iliaque et sortant par la plaie médiane. Température 39°5.

30 juin. — Pansement. Disparition complète des douleurs. Le drain donne issue à une assez grande quantité de pus mélangé à des matières fécales. Température 37°8.

6 juillet. — L'écoulement purulent a beaucoup diminué, mais il présente toujours une odeur fécaloïde. L'état général assez altéré au moment de l'intervention est aujourd'hui parfait. Selles quotidiennes par lavement.

15 juillet. — La cavité est presque entièrement comblée et se réduit au trajet du drain dont on diminue le calibre.

24 août. — Le malade sort : cicatrisation complète. Les parois abdominales ont repris toute leur souplesse sur la ligne médiane, mais on sent toujours dans la fosse iliaque droite une masse indurée assez étendue. Toutes les fonctions s'accomplissent bien. Etat général parfait.

Juillet 1895. — L'induration qui existait encore dans la fosse iliaque un mois après la sortie a complètement disparu.

OBSERVATION II (Personnelle).

Clinique de M. le professeur Poncet.

Henri P... cultivateur, quarante-sept ans, entre le 14 juin 1894 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le professeur Poncet. Pas d'antécédents personnels. Se nourrit surtout de légumes et de pain, peu de viande. N'avait jamais ressenti de troubles digestifs, ni de coliques. Pas de traumatisme.

Il y a quatre semaines un peu de constipation (selles tous les quatre jours). Au bout de trois ou quatre jours, il ressentit une douleur qu'il localise au-dessus du pubis, sans irradiations et sans coliques.

Il dut cesser son travail au bout de huit à dix jours, et un médecin appelé lui donna deux lavements. Evacuations alvines. Mais la douleur sus-pubienne persista sans s'irradier, ni s'accompagner de coliques. Puis la région sus-pubienne augmenta lentement de volume. Pas de vomissements, pas de troubles généraux accentués. Le malade présente une tumeur sus-pubienne qui se prolonge du côté de la fosse iliaque droite, tumeur en forme de poire, volumineuse, formant par sa petite extrémité un plastron au-dessus de l'arcade crurale droite à laquelle elle est soudée, et prolongeant sa grosse extrémité sur la ligne médiane du pubis presque jusqu'à l'ombilic, et dépassant la ligne médiane de trois doigts à gauche. Le reste de l'abdomen est souple et non douloureux. La fosse iliaque gauche est libre. On a donc une vaste poche purulente donnant une fluctuation très nette et qui est superficielle au niveau de la ligne blanche, où elle fait hernie entre les deux droits. Légère circulation superficielle du flanc droit. Pas de troubles du côté du membre inférieur droit. Pas de troubles vésicaux. Température 38°4.

15 juin. — Incision sur la ligne médiane. On pénètre dans une collection sous-cutanée communiquant avec une collection intrapéritonéale, s'étendant un peu à gauche de la ligne médiane et à droite jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'arcade

crurale. Pus lié, non fétide, 2 litres. Drainage à la gaze iodoformée et un gros drain. Guérison absolue le 6 juillet.

OBSERVATION III

(Fischer, *Sammlung klinischer Vorträge*, n° 89, 1894.)

Une femme de vingt-sept ans vint à la Clinique de Breslau pour une fistule stercorale sous-ombilicale, à droite de la ligne blanche.

Il y a dix mois elle avait été atteinte de violentes douleurs abdominales, de vomissements et de constipation; après six semaines de grandes souffrances, un abcès de la grosseur d'un œuf se forma à la place où se trouve maintenant la fistule, il s'ouvrit spontanément et beaucoup de pus fétide et des matières stercorales s'écoulèrent. Par l'incision par couches de la paroi abdominale, nous arrivâmes dans une cavité purulente revêtue de granulations, correspondant d'après sa forme, sa situation et ses dimensions à l'espace sous-ombilical. A sa paroi postérieure et dans l'angle inféro-externe était la fistule stercorale, elle était formée de l'appendice vermiforme exulcéré, dans la lumière duquel on trouva un noyau de cerise.

Résection de l'appendice, nettoyage de la cavité purulente.

Guérison.

OBSERVATION IV

(Gerster, *New-York medical journal*, 5 juillet, 1890.)

Miss Evelyne H..., institutrice, vingt-trois ans, abcès pérityphlitique, de durée de deux semaines; petite tumeur à droite de la ligne médiane, sous le muscle droit, du côté droit. Fosse iliaque libre. Par le vagin on trouva la tumeur adhérente à la paroi abdominale antérieure.

7 mars 1890.— Laparotomie exploratrice sur la ligne médiane, sous-ombilicale, à droite de l'incision on trouve une masse mi-

solide, mi-fluide; ses parois formées par l'intestin, parmi lequel l'appendice attaché fermement. En explorant les adhérences on vit que la tumeur n'était pas du tout en rapport avec la fosse iliaque. Fixation de la tumeur avec les doigts dans l'abdomen, ponction à travers la paroi abdominale; pus fétide. Fermeture de l'incision médiane. Ouverture de l'abcès par incision, passant par la ponction. Evacuation de 5 onces de pus. Guérison.

OBSERVATION V (même auteur).

Mark B..., chapelier, dix-neuf ans. Abcès pérityphlitique de sept jours de durée. Tumeur un peu mobile sous le muscle droit au niveau de l'ombilic. Fosse iliaque normale.

30 novembre 1889. — Laparotomie exploratrice médiane; recherche des adhérences, fixation de la tumeur, ponction, puis incision de celle-ci. Guérison.

OBSERVATION VI (même auteur).

Henry M..., sept ans, constipation habituelle, fréquentes attaques de coliques en juin, juillet et août 1878. Le 25 août, le médecin de la famille diagnostique typhlite. Laxatifs, mais les douleurs ne cessant pas, opium.

6 septembre. — Selles spontanées abondantes.

7 septembre. — 104 degrés F. La tuméfaction extérieure dans l'aîne droite devint très marquée.

10 septembre. — L'auteur vit le patient en consultation. Gonflement étendu dans l'aîne droite et s'étendant au delà de la ligne médiane de l'abdomen. Besoins fréquents d'uriner. Symptômes d'hecticité. Fluctuation profonde. Incision de l'abcès. Evacuation d'une grande quantité de pus; aucun corps étranger. L'exploration digitale démontre un long diverticule s'étendant sur la ligne médiane jusqu'à une poche occupant l'espace prévésical. Drainage de cet espace. Amélioration de l'état du malade.

20 septembre. — Les tubes sortent de la plaie, on ne peut les replacer. Symptômes de rétention avec douleur et fièvre.

23 septembre. — L'auteur remet les tubes. Ecoulement d'une grande quantité de pus occupant l'espace prévésical. A la fin du mois suivant on enleva les tubes, et peu après la fistule était fermée. Guérison.

OBSERVATION VII

(M. Schwartz, Société de chirurgie, 25 juillet 1894.)

Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans, élève de l'Ecole des Hautes Etudes commerciales, d'une constitution très robuste et de très bonne santé habituelle. Le début de l'affection remonte à dix ans environ. Il fut pris subitement de violentes douleurs dans l'abdomen avec vomissements, ballonnement, fièvre intense, tous symptômes qui firent croire à une péritonite. Un mois après, énorme abcès de la région sous-ombilicale qui vient peu à peu proéminer au niveau de la ligne blanche et qui est incisé. Dans le pus, petite masse noirâtre; fermeture de la fistule dix mois après.

Six ans après, mêmes phénomènes douloureux fébriles avec vomissements, sans cause appréciable; violentes douleurs en urinant, mictions fréquentes. Un abcès se forme au même endroit où s'était déjà formé le premier. Ouverture spontanée; grande quantité de pus. Cicatrisation six mois après. Trois ans après, frisson très violent, fièvre vive, adynamie, ballonnement du ventre. Mêmes douleurs qu'autrefois, même dysurie, mêmes ténesmes vésicaux. Nouvel abcès ouvert au même endroit. Evolution en quinze jours. Il vient consulter sur l'opportunité d'une intervention. Sur le trajet de la ligne blanche, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, cicatrice brunâtre, trace de l'ouverture des trois abcès sous-ombilicaux. Paroi abdominale normale, fosse iliaque droite normale. Il semble exister comme bride profonde qui résiste à la pression du doigt, sans que d'ailleurs celui-ci provoque aucune douleur.

6 juin. — Opération. Incision sous-ombilicale médiane de

8 centimètres de long, ayant comme point médian la cicatrice brune. Tissu cicatriciel traversé couche par couche. « On arrive dans le péritoine auquel adhèrent un certain nombre de franges épiploïques qu'il me faut décoller pour arriver dans la cavité abdominale. En portant mon doigt en dehors et en bas le long de la paroi, je sens un cordon arrondi, qui, partant de la fosse iliaque vient se jeter dans la paroi, s'y insinue, pour ainsi dire; je l'attire au dehors par sa partie supérieure et constate que c'est l'appendice qui amène avec lui le cæcum. Il est accompagné d'une grosse masse épiploïque et n'a pas de méso. Il forme une sorte de pont tendu de la fosse iliaque à la paroi. Son extrémité libre est encastree avec solidité dans celle-ci. » Décollement de la partie adhérente; résection de l'appendice. Opium pendant cinq jours. Le dix-huitième jour, le malade se lève. L'appendice est long de 7 centimètres. Son extrémité adhérente est effilée et dépouillée de ses tuniques externes, telle était l'adhérence qu'il présentait avec la paroi abdominale. Il est ainsi détruit sur une longueur de 2 centimètres. Pas de corps étrangers. Extrémité terminée en pointe amincie laisse voir par transparence la couleur des matières contenues : parois un peu épaissies, sclérosées.

OBSERVATION VIII

(Tuffier, *Semaine médicale*, 1894.)

Jeune homme, dix-sept ans, entré le 8 août 1893 pour une tuméfaction subaiguë localisée à la région sus-pubienne médiane.

Début il y a un mois par douleurs accompagnées de tuméfaction qui augmente peu à peu. Comme antécédents, depuis trois ans, endolorissement vague dans la fosse iliaque droite, entrecoupé d'accès de constipation avec exagération des douleurs, auxquels font suite de véritables débâcles. Ces crises se rapprochent, affaiblissent ce garçon. Régime laxatif.

Amélioration, puis nouvelles crises; en juin 1893, accès fébriles, douleurs plus vives, mieux localisées à la fosse iliaque droite, s'irradiant dans la face antérieure de la cuisse correspondante,

Actuellement, il est amaigri, pâle, yeux enfoncés, facies péritonéal, langue saburrale, anorexie, pouls fréquent, petit, 38°5. Ventre plat et souple supérieurement, saillie manifestement sus-pubienne. Peau tendue, sans coloration. Tuméfaction caractéristique, arrondie, exactement médiane ; remonte à deux travers de doigt sous l'ombilic. Mate. S'enfonce profondément sous les muscles de l'abdomen et derrière la symphyse pubienne ; cette tuméfaction à contours bien limités serait volontiers prise pour la vessie distendue. La tension des muscles droits à sa surface ainsi que son prolongement rétro-pubien permettent de la localiser derrière la paroi abdominale. Le toucher rectal montre qu'elle descend très bas derrière le pubis ; elle refoule le rectum où elle fait saillie, mais l'épaisseur de parties souples entre le doigt et la tumeur permet d'affirmer l'intégrité de la prostate et de la vessie. La tumeur occupe donc la cavité de Retzius. Les renseignements gastro-intestinaux font porter le diagnostic d'abcès prévésical d'origine appendiculaire.

Opération. — Incision médiane sus-pubienne de 8 centimètres conduit, à travers les muscles sclérosés, sur la collection purulente. L'index introduit dans la cavité sent un prolongement vers la limite interne de la fosse iliaque droite. Tamponnement avec gaze iodoformée. Le surlendemain les matières stercorales s'écoulent par le drain et nous constatons qu'elles venaient bien de la fosse iliaque. Amélioration de l'état général. L'écoulement de matières stercorales dure quinze jours ; il persiste une fistule dont le trajet se dirige vers la fosse iliaque et le 23 décembre débridement conduisant sur l'appendice perforé. Résection. Guérison.

OBSERVATION IX

Appendicite suppurée chez un enfant en traitement pour ostéite tuberculeuse du pied. Foyer médian, probablement dans la cavité de Retzius. Incision. Mort trois jours après de méningite tuberculeuse. (Monod, 3 octobre 1894, Société de chirurgie.)

Troubles gastro-intestinaux, puis douleur vive dans le flanc droit avec ballonnement du ventre : après une semaine on constate que la fosse iliaque, juste au-dessus du tiers externe de l'arcade de Fallope, est libre. La résistance n'est perçue qu'à partir du milieu de celle-ci, elle s'élève obliquement en haut et en dedans vers l'ombilic, passe transversalement au-dessous de celui-ci, déborde la ligne médiane dans une étendue de deux à trois travers de doigt pour gagner l'arcade de Fallope du côté opposé. Cette résistance est surtout manifeste au-dessus du pubis en remontant le long du muscle droit.

Ponction exploratrice un peu à droite de la ligne médiane, puis incision le long du bord externe du muscle droit du côté droit. Les tissus profonds un peu infiltrés sont coupés couche par couche, on ouvre le péritoine et un flot de pus jaune vert très fétide s'écoule en même temps que des gaz ; pas de matières intestinales. Le fond de la cavité est occupé par une anse intestinale, couverte de granulations. A gauche était un deuxième foyer bien limité, à droite un espace ménagé entre la masse intestinale et la paroi abdominale dans lequel le doigt s'insinue. Drainage. Trois jours après mort de méningite tuberculeuse.

OBSERVATION X

(Arnould, *Gazette médicale de Paris*, 6 octobre 1877.)

Jeune soldat. Coliques et constipation, sans nausées ni vomissements, fièvre intense. Sensibilité excessive de la région sous-ombilicale qui est soulevée, bien que le maximum de la douleur soit dans la fosse iliaque droite. Sangsues, purgatifs. Le ventre étant moins douloureux, on voit une saillie hémisphérique médiane et sus-pubienne, absolument semblable à un globe vésical, du volume d'une tête d'enfant. Au quinzième jour après l'entrée on reconnaît une large plaque dure un peu convexe s'étendant depuis 4 centimètres au-dessous de l'ombilic jusqu'au pubis, de forme irrégulièrement triangulaire. La base déborde à gauche la ligne blanche de 3 centimètres et n'est que vaguement limitée parce que l'induration est sous les muscles droits, le sommet s'écarte de 7 à 8 centimètres de la ligne médiane et se dirige vers l'arcade de Fallope, dont il se rapproche beaucoup. Il est évident que la plaque d'induration est entièrement dans la loge de Retzius, mais plus à droite qu'à gauche? Ne pourrait-on pas penser que l'irritation primitive est partie de la fosse iliaque ou plutôt du cæcum, le sujet ayant souffert de constipation, Terminaison par induration et retrait progressif du noyau induré.

OBSERVATION XI

(Pauzat, *Gazette médicale de Paris*, 1883.)

X..., serrurier, à Sfax, vingt-quatre ans. Depuis deux ans constipation habituelle. En 1881, affection analogue à celle pour laquelle il vient ; tuméfaction de région sus-pubienne et douleurs, ténesme vésical ; évacuation de pus par l'anus. Mal de mer en arrivant à Sfax ; douleur sourde dans le ventre à la suite d'un gros repas. Diagnostic : pérityphlite.

Voissure notable de la région sus-pubienne, sans œdème ni rougeur. Tumeur en forme de vessie distendue, médiane, dure, pas de fluctuation, il semble que la tumeur pénètre dans le petit bassin, A partir du bord droit de la tumeur, empâtement douloureux et profond dans la fosse iliaque droite. Saillie de la tumeur dans le rectum au-dessus de la prostate. Mictions fréquentes. Ramollissement de la tumeur ; évacuation de pus par le cæcum, diminution rapide de la tumeur sus-pubienne, plus lente de la partie pré-rectale.

OBSERVATION XII

(Netter, *Bulletin de la Société anatomique*, 1885).

G... quarante-deux ans, peintre en bâtiments, saturnin.

Pérityphlite manifeste, tumeur en fosse iliaque droite, du volume d'une petite mandarine, à bord inférieur convexe, à un travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale; on ne saisit pas sa terminaison en haut, étant plus éloignée de la paroi abdominale antérieure. Quelques jours après, empâtement dans l'hypogastre, de forme vésicale. On ne sent pas de continuité entre les deux tumeurs. Phénomènes d'occlusion intestinale et mort.

Autopsie. — Au-dessous de l'ombilic, on constate à droite le cæcum gros comme le poing, non modifié au premier abord; à gauche, les anses intestinales agglutinées par des fausses membranes fibrino-purulentes, n'adhérant pas à la paroi abdominale. On reconnaît, au-dessus du pubis, l'existence d'une poche à contenu purulent qui s'élève en haut à deux travers de doigt de bord de l'os et qui en bas s'étend en arrière de celui-ci. Cette cavité est plus grosse qu'une mandarine.

Pus floconneux, d'odeur putride, jaune, l'S iliaque répond à sa face postérieure; le péritoine épaissi ainsi que la paroi abdominale forment sa face antérieure. En avant et en haut, la paroi de l'abcès est surtout épaisse. Elle est formée par un tissu conjonctif calleux, résistant, qui envoie des prolongements entre les anses d'intestin grêle. A ce niveau, les anses intestinales sont comprimées, aplaties,

on ne peut y faire circuler le doigt. Cette collection purulente n'est pas enkystée complètement et présente entre les anses intestinales plusieurs diverticules. Le plus intéressant de ces diverticules fait communiquer la cavité avec le foyer de pérityphlite. Ce foyer est situé en dehors du cæcum. Une loge anfractueuse est creusée dans le tissu cellulaire péri-cæcal, à grand axe vertical, de la grosseur d'un œuf de dinde. A la partie moyenne, l'appendice perforé à sa base, au niveau d'une concrétion stercorale.

OBSERVATION XIII

(*In th. de Blin, Paris, 1879, Southam, The Lancet, 1840.*)

Thomas Ryley, vingt-deux ans. Coup violent douze mois avant son entrée à l'hôpital; douleurs pendant six mois, puis tumeur au-dessus du ligament de Poupart. Ouverture spontanée à l'ombilic, treize mois après la contusion; sortie des matières fécales, diarrhée; mort au bout de deux mois. Autopsie: cavité formée par appendice vermiciforme reporté en haut, adhérent à la paroi abdominale; court trajet fistuleux; écaille de noix dans l'appendice.

OBSERVATION XIV

In th. de Blin (obs. VII).

Jeune femme, vingt et un ans. Marches longues et fatigantes. Prise de fièvre, de vomissements, de douleurs vives dans la fosse iliaque droite. Au bout d'un mois, empâtement circonscrit sans aucune fluctuation, siégeant au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure: diagnostic: pérityphlite avec abcès probable. Puis sur la ligne blanche, à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, survient au bout de trois semaines une ouverture qui donne issue à un liquide brunâtre, sanieux, mélangé de pus fétide. Trois autres semaines après, ouverture dans l'intestin. Pus dans les matières fécales et sortie de matières fécales par l'orifice sous-om-

bilical, amendement des phénomènes : simple suintement purulent par la fistule.

OBSERVATION XV

(Brun, Société de chirurgie, 17 juillet 1895.)

Chez un malade que me montra M. de Saint-Germain, il y avait une tuméfaction de la cavité de Retzius. Comme le petit malade avait éprouvé de la douleur dans la fosse iliaque droite, je pensai à une appendicite. L'opération confirma ce diagnostic, car, à peine eus-je ouvert la collection, qu'il en sortit de l'urine et des matières fécales. L'enfant mourut dans la journée. A l'autopsie, nous constatâmes que l'appendice était venu s'accoler à la face postérieure des muscles droits, et que l'abcès péri-appendiculaire s'était ouvert à la fois dans la vessie et le péritoine.

OBSERVATION XVI

(Nélaton, Société de chirurgie, 24 juillet 1895.)

Il s'agit d'un homme de trente ans, qui était dans un état extrêmement grave. Il vomissait et présentait tous les symptômes de fausse occlusion que l'on rencontre dans les cas de ce genre : je ne lui trouvai pas de dissociation du pouls et de la température, pas de météorisme, mais de l'empâtement de la fosse iliaque droite. Je pensai à une appendicite enkystée, et je rencontrai, en effet, un foyer purulent qui fut évacué. Malgré cela, mort; et à l'autopsie, je trouvai deux autres foyers absolument indépendants du premier, l'un derrière la vessie, l'autre dans la fosse iliaque gauche.

OBSERVATION XVII

(Mercier, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 1890.)

Enfant de onze ans, pris de douleur de ventre, puis de diarrhée. Vomissements incessants jaunes et verts, abdomen tendu et dur comme un tambour, voussuré surtout dans la moitié sous ombili-

cale. Douleur plus vive dans la fosse iliaque droite, où on constate une masse rénitente, qui serait le point de départ de la péritonite. La peau de l'ombilic se soulève en une petite tumeur du volume d'une cerise. L'incision donne issue à du pus crémeux, en quantité en rapport avec le volume de la grosseur incisée.

OBSERVATION XVIII

(Perl, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1886).

Enfant de deux ans et demi; symptômes gastriques, tension dans la fosse iliaque droite. L'exsudat disparut en même temps qu'il se produisait des selles diarrhéiques. La région ombilicale se tuméfia; la tumeur du volume d'une pomme se rompit en donnant passage à des matières fécaloïdes. Le doigt, après avoir franchi une cavité sous-cutanée, arrivait dans l'intestin. Tamponnement avec gaze iodoformée. Guérison.

OBSERVATION XIX

(Doureff, thèse de Genève, 1893.)

M..., dix-neuf ans. Douleurs brusques dans le bas ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Nausées. Vomissements. A l'entrée, douleur à droite et au-dessus du pubis spontanément et à la pression. Empâtement. La douleur diminue, l'empâtement reste localisé à la région vésicale avec difficulté à uriner. Guérison par résolution.

OBSERVATION XX

(Thornton, *The Practitioner*, 1886).

Indisposition. Nausées. Vomissements. Apparition d'une collection purulente à l'hypogastre droit, ouverte spontanément à l'ombilic. La fistule longue de 9 pouces, deux mois plus tard ne l'était que de 3, un mois après était fermée.

OBSERVATION XXI

Bernutz, *Archives générales de médecine*, 1850 (observation II).

Troubles prolongés des fonctions digestives. Inflammation aiguë du *fascia propria* de la région sous-ombilicale droite. Terminaison par induration. Douleur vive à la partie inférieure du ventre et à l'épigastre. Nausées. Vomissements. Constipation. Tumeur occupant le côté droit s'étendant depuis le côté droit de la ligne blanche jusqu'à deux travers de doigt en deçà de la crête iliaque et en haut depuis l'ombilic jusqu'à un travers de doigt au-dessus du ligament de Fallope.

OBSERVATION XXII

Bernutz (observation V).

Inflammation du *fascia propria* occupant la partie supérieure et latérale de la région hypogastrique du côté droit. Douleurs abdominales généralisées. Ouverture de la membrane commune des muscles et du péritoine. Écoulement de beaucoup de pus.

OBSERVATION XXIII

Vaussy, thèse de Paris, 1875 (observation V).

L..., onze ans. Douleur brusque dans le ventre et la fosse iliaque droite ; tumeur limitée par la ligne blanche, la branche horizontale des pubis, une horizontale passant à 4 centimètres au-dessous de l'ombilic et l'os iliaque. Peau normale. Douleurs vives, fièvre, nausées, constipation, facies grippé. Symptômes dysentériques intercurrents. Fluctuation au centre de la tumeur. Ponction sur ligne spino-ombilicale. Écoulement de beaucoup de pus fétide. À l'exploration deux cavités : l'une sous-cutanée, l'autre sous-musculaire semblant se diriger du côté de la fosse iliaque : fermeture de la fistule. Nouvel abcès. Guérison. Mêmes phénomènes deux ans auparavant, mais résolution de la tumeur.

OBSERVATION XXIV

In Gauderon. Péritonite idiopathique aiguë des enfants
(thèse de Paris, 1876)

H..., quatre ans. Fièvre rhumatismale, douleurs dans les régions iliaques et l'hypocondre droit, qui reparaissent avec la même violence huit jours après ; tumeur circonscrite située à côté de l'ombilic, au voisinage des régions iliaque et hypocondre droites. Constipation. Fièvre, amaigrissement, mort après trois mois. Autopsie : Incision de la paroi abdominale. Flot de pus très près sous la peau. De l'ombilic un canal se dirigeait à droite et conduisait dans une poche formée par la paroi abdominale et le péritoine pariétal en avant, des anses intestinales agglutinées en arrière et sur les côtés par des exsudats denses, fibrineux qui recouvraient également la paroi abdominale et les anses intestinales. Poche pleine de pus. Aucun organe malade (Albers, *Deutsche Klinik*, 1865)

OBSERVATION XXV

Même auteur (*Medic. Annalen*, 1838).

Violente douleur chez un enfant entre le nombril et le pubis. Constipation, vomissements, selles verdâtres fétides. Mort. A l'autopsie au-dessus de la symphyse pubienne, le péritoine enflammé fortement dans une étendue ayant les dimensions d'un écu et, ayant contracté des adhérences avec l'appendice vermiforme, le cæcum et quatre anses intestinales. Entre ces adhérences quelques petites collections purulentes.

OBSERVATION XXVI

Siredey cité par Vaussy.

Jeune fille, seize ans. Vomissements bilieux, diarrhée. Trois mois après, douleurs en région hypogastrique. Tumeur douloureuse

dans cette région et la fosse iliaque droite. Devient fluctuante. Deux incisions parallèles au ligament de Fallope. Quelques jours après, tumeur du volume d'une cerise au-dessous de l'ombilic donnant issue à une certaine quantité de pus. Cicatrisation. Persistance de l'induration. Réapparition de la tuméfaction. Ecoulement de pus par la plaie inférieure. Guérison.

OBSERVATION XXVII

Thèse de Vaussy (observation X).

C..., onze ans. Malaises, fièvre, douleur vive dans la région hypogastrique, tumeur s'étendant de l'ombilic au pubis; dépassant la ligne médiane à gauche de 5 centimètres et s'étendant à droite jusqu'à la crête iliaque d'une part, et au ligament de Fallope d'autre part. Dure. Rénitente. Forme de vessie distendue. Diagnostic: Phlegmon sous-péritonéal de la paroi abdominale antérieure. La peau rougit, prête à s'ulcérer. On ponctionne avec le bistouri. Ecoulement d'une quantité énorme de pus mal lié, fétide sans avoir toutefois l'odeur stercorale. Guérison complète en moins d'un mois.

OBSERVATION XXVIII

Bouilly, thèse d'agrégation, 1880, observation de Le Fort.

M..., quarante-deux ans. Constipation fréquente. Couturière après excès de travail à la machine éprouva dans la fosse iliaque droite une douleur très vive. Ni fièvre, ni vomissements. Tuméfaction dans la fosse iliaque, trois ponctions: pus phlegmoneux, fétide en grande quantité. Tuméfaction sus-pubienne se prolongeant dans la fosse iliaque droite où elle se termine insensiblement au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure. Empâtement dans le cul-de-sac antérieur du vagin. Constipation. Incision de 3 centimètres au-dessus de la symphyse, contre-ouverture vaginale. Guérison deux mois après.

CONCLUSIONS

I. Par son inflammation, l'appendice donne quelquefois naissance à des phlegmons sous-ombilicaux. Ceux-ci sont intra-péritonéaux, péritonite enkystée sous-ombilicale ou extra-péritonéaux et occupent alors l'espace prévésical de Retzius, ou à la fois intra et extra-péritonéaux.

II. Cette variété particulière de phlegmons est due le plus souvent à une position anormale de l'appendice, qui, flottant dans le bassin, s'est fixé par des adhérences à la paroi abdominale antérieure; d'autres fois elle semble due à l'extension d'un abcès ilio-inguinal.

III. Beaucoup de phlegmons dits idiopathiques de la paroi antérieure de l'abdomen, dans l'étiologie desquels sont signalés des troubles digestifs variables, rentrent dans cette catégorie. Nous y rangeons aussi les péritonites idiopathiques aiguës des enfants, dans la plupart

des observations desquelles nous trouvons les symptômes de l'appendicite.

IV. Ces phlegmons tendent à s'ouvrir particulièrement à l'ombilic.

V. Le traitement chirurgical s'impose (Poncet). Il consiste dans l'incision hâtive du phlegmon sous-ombilical avec drainage. On ne doit pas se préoccuper de l'appendice.

Parmi les 28 observations que nous avons recueillies dans la littérature chirurgicale et dont 2 nous sont personnelles, l'incision fut pratiquée 13 fois dont 10 guérisons; l'ouverture spontanée s'observe 8 fois dont 7 guérisons; 3 fois il y eut résolution, 3 autres fois mort (ouverture dans le péritoine).

Vu, bon à imprimer
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

Vu, bon à imprimer
LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon et permis d'imprimer
LE RECTEUR,
E. CHARLES.

BIBLIOGRAPHIE

- Bernutz. Phlegmons de la paroi antérieure de l'abdomen
(*Archives de médecine*, 1850).
- Vaussy. Thèse de Paris, 1877.
- Duplay et Reclus. *Traité de chirurgie*, VI.
- Testut. *Anatomie*, III.
- Lafforgue. *Journal international d'anatomie et de physiologie*,
1893.
- Second Féréol. Th. de Paris, 1859.
- Gauderon. Th. de Paris, 1876.
- Bouilly. Th. d'agrégation, 1880.
- Castanada y Campos. Thèse de Paris, 1878.
- Gérardin. Thèse de Paris, 1879.
- Charpy. *Revue de chirurgie*, 1888.
- Delbet. *Suppurations pelviennes chez la femme*, 1891.
- Talamon. *Appendicite et pérityphlite*.
- Tuffier. *Semaine médicale*, 1894.
- Bulletins de la Société de chirurgie*.

